
De kwaliteit van de verpleegkundige nazorg gemeten

Drs. T.J.J.M.T. Kersten, projectleider van het themagebied 'relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg' bij het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg), studeerde sociale psychologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Drs. A.M.G.J. de Wit, assistent-onderzoeker bij het NIVEL, studeerde gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg met als afstudeerrichting verplegingswetenschap.

Drs. W.C.M. Zijlmans, onderzoeker bij het NIVEL, studeerde sociologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentie-adres:

NIVEL, t.a.v. drs. T.J.J.M.T. Kersten, postbus 1568, 3500 BN Utrecht, Nederland.

Samenvatting

De ontwikkeling van een instrument om de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg te kunnen vaststellen, wordt hieronder weergegeven. Deze kwaliteit is daarbij onderscheiden in drie aspecten: voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd en inhoudelijke aansluiting (wordt de belangrijkste zorg thuis voortgezet?). De essentie van de methode is het toetsen van het werkelijke verloop van het hulpverleningsproces aan de wenselijke gang van zaken, die is vastgelegd in standaarden en daarvan afgeleide toetsbare criteria.

Inleiding

Om welk type zorgverlening het ook gaat, continuïteit in de zorgverlening wordt steeds gezien als één van de belangrijkste aspecten om de kwaliteit van de zorg aan af te meten. Dat geldt uiteraard in versterkte mate, als men de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg na het ontslag van patiënten uit een algemeen of academisch ziekenhuis wil bestuderen. Discontinuïteit in de zorgverlening is hier het hoofdprobleem waaraan de betrokken verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de wijk het hoofd dienen te bieden.

Wat verstaan we in het algemeen onder continuïteit van zorg en wat verstaan we onder verpleegkundige nazorg? Voor wat betreft continuïteit van zorg hanteren we een op de verpleegkundige zorg toegepaste versie van Shortell's definitie van continuïteit van de medische zorg (Shortell, 1976): 'continuity of care is the extent to which services are received as part of a coordinated and uninterrupted succession of events, consistent with the medical (i.c. nursing) needs of the patients'. Verpleegkundige nazorg is één aspect van continuïteit van verpleegkundige zorg. Het wordt hier opgevat als de zorg - zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie - die gericht is op continuïteit in de zorgverlening bij het ontslag van patiënten uit een algemeen of academisch ziekenhuis. In deze tekst spreken we over 'de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg' en tevens hanteren we de aanduiding 'kwaliteit van de verpleegkundige overdracht'. Deze laatste omschrijving benadrukt meer de gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuisverpleging en wijkverpleging. De aanduidingen zullen naast elkaar worden gebruikt. Nazorg of 'overdracht bij ontslag' is slechts één (zij

het belangrijk) onderdeel van continuïteit van verpleegkundige zorg. Buiten beschouwing blijven hier bijvoorbeeld de aansluiting tussen verschillende elementen van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis, de aansluiting van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis op de zorg die bij de patiënt thuis werd verleend voorafgaand aan de ziekenhuisopname, de aansluiting tussen de verpleegkundige zorg bij de patiënt thuis en de zorg die verleend wordt door de mantelzorg en andere sectoren binnen de professionele thuiszorg.

Over de wijze waarop het kruiswerk de nazorg organiseert is elders gepubliceerd (Zijlmans en Kersten, 1989). Ook is geschreven over de aard van het feitelijke gebruik van de nazorgfunctie die het kruiswerk biedt (Kersten, Wieggers, De Wit & Zijlmans, 1989, hoofdstuk 1). Hier zal een beschrijving gegeven worden van het feitelijke functioneren van de nazorg in termen van continuïteit van de zorgverlening. Daarbij wordt tevens een evaluatie van dit functioneren uitgevoerd. Om dit mogelijk te maken zal een instrument worden ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de nazorg kan worden vastgesteld.

Vraagstelling

Doelstelling van de studie is in de eerste plaats om een beschrijving te geven van het functioneren van de nazorg, zoals die door de ziekenhuisverpleging en het kruiswerk wordt verleend. Daarbij zal een instrument worden ontwikkeld waarmee gekomen kan worden tot uitspraken over de kwaliteit van de verleende nazorg. De vraagstelling van het onderzoek bestaat uit drie onderdelen:

1. Hoe kan de kwaliteit van de verpleegkundige nazorg worden gemeten?
2. Hoe ziet het hulpverleningsproces eruit bij de nazorg die in Nederland wordt verleend?
3. Wat is de kwaliteit van de nazorg die in Nederland wordt gegeven (zoals vast te stellen met het onder 1 genoemde instrument)?

De ontwikkeling van het meetinstrument voor de kwaliteit van de nazorg vervult een dubbele functie. Ener-

zijds is het doel niet anders dan zicht te krijgen op de verschillende aspecten die in het nazorg-hulpverleningsproces een rol spelen. Dit maakt het mogelijk om tot een adequate beschrijving van dit proces te komen. Anderzijds gaat het erom de kwaliteit van dit proces te onderzoeken.

De ontwikkeling van een instrument voor het meten van de kwaliteit van de nazorg

Voor de ontwikkeling van een kwaliteitsmeting is gebruik gemaakt van de richtlijnen voor kwaliteitsmeting die in de methode van afdelings(basis)-gebonden toetsing (Giebing, 1987) worden gegeven. Giebing beschrijft in deze methode de cyclus die is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. De cyclus van de afdelings(basis) gebonden toetsing (naar het oorspronkelijke model van Norma Lang) (Giebing, 1987, p. 30).

We volgen in dit artikel de cyclus tot en met stap 6, waarbij we ons in deze laatste stap beperken tot het trekken van conclusies. In deze paragraaf gaan we echter niet verder door de cyclus dan stap 3 'het vaststellen van standaarden en criteria'.

Stap 1: Het formuleren en vaststellen van verpleegkundige waarden

Uit verpleegkundige waarden valt af te leiden of een verpleegsituatie of een verpleegkundige handeling 'goed' of 'slecht', 'wenselijk' of 'niet wenselijk' is. Deze waarden kunnen voortkomen uit de maatschappelijke waarden, de professionele waarden en de wetenschappelijke kennis (Giebing, 1987).

Veel beleidsnota's en rapporten over de zorg voor nazorgpatiënten (Nationale Kruisvereniging, 1985; Schmitz, 1985; Nationale Ziekenhuisraad en Nationale Kruisvereniging, 1978; Verschuren, 1985) blijken een gemeenschappelijk uitgangspunt te hebben. De verpleegkundige waarde die impliciet of expliciet in deze nota's en rapporten genoemd wordt, is: de zorgverlening aan de patiënt dient altijd ononderbroken en op adequate wijze plaats te vinden. Dit sluit aan bij de eerder weergegeven definitie van continuïteit van zorg van Shortell (1976).

Dit uitgangspunt kan worden opgevat als een vrij algemeen geaccepteerde verpleegkundige waarde. Vandaar dat deze waarde dan ook hier als referentiekader heeft gediend bij het formuleren van relevante kwaliteitsstandaarden en -criteria.

Stap 2: De onderwerpkeus

Voordat de standaarden en criteria opgesteld worden, moet het begrip 'kwaliteit van de nazorg' of anders gezegd 'kwaliteit van de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten' concreter worden gemaakt. Aan dit begrip zijn namelijk verschillende deelaspecten te onderscheiden.

In de eerste plaats wordt onder een adequate zorgverlening rond de overdracht van nazorgpatiënten begrepen dat de patiënt en diens mantelzorg worden betrokken bij de planning en *voorbereiding van het ontslag* uit het ziekenhuis. Hiertoe zullen patiënt en mantelzorg door de hulpverleners goed moeten worden geïnfor-

meerd. De Nationale Ziekenhuis Raad en de Nationale Kruisvereniging (1978) zeggen hierover, dat het van belang is dat de nazorgfase in het ziekenhuis wordt voorbereid, zodat het 'thuisfront' tijdig in de gelegenheid wordt gesteld de nodige maatregelen te treffen. Maar niet alleen om organisatorische redenen is het belangrijk dat de patiënt en zijn mantelzorg worden betrokken bij de planning van de verzorging van de patiënt, ook om psychologische redenen is dit van belang. Van der Peet (1986) zegt hierover dat het ontslag bij de patiënt vaak vragen oproept als: Hoe zal het thuis gaan? Zal ik mezelf kunnen redden? Zijn de nodige aanpassingen aangebracht? Hoe moet ik mezelf verzorgen? Kunnen ze me thuis wel helpen? Hieruit spreekt een zekere angst of onrust. Wanneer met de patiënt en diens mantelzorg in het ziekenhuis over deze zaken gesproken is, zal de overdracht van zorg voor de patiënt en zijn mantelzorg waarschijnlijk met minder spanningen gepaard gaan.

In de tweede plaats geeft de verpleegkundige waarde aan dat de zorgverlening ononderbroken dient plaats te vinden. Hieruit is afgeleid dat het tijdsverloop tussen het ontslag uit het ziekenhuis en de start van de nazorg zo kort mogelijk moet zijn. Dit betekent voor de kwaliteitsmeting, dat één van de te meten onderwerpen het *tijdsverloop* tussen de verpleegkundige verzorging in het ziekenhuis en de verpleegkundige verzorging door de wijkverpleging zal zijn.

In de derde plaats dient de zorgverlening aan de patiënt altijd op adequate wijze plaats te vinden. Dit algemene element van de verpleegkundige waarde is als volgt uitgewerkt: Een adequate zorgverlening kan in het licht van de overdracht van verpleegkundige zorg uitgelegd worden als een goede *inhoudelijke aansluiting* van de zorg. Wanneer in het ziekenhuis bijvoorbeeld bepaalde trainingen of kuren gestart zijn, dan zullen deze thuis met wijkverpleegkundige hulp moeten worden voortgezet. De mate waarin bij het thuis voortzetten van dit type verpleegkundige activiteiten problemen optreden, is een belangrijke indicatie voor de kwaliteit van de inhoudelijke aansluiting van de zorg.

Bovenstaande samenvattend, wordt in deze studie de

verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten ten behoeve van de kwaliteitsmeting in de volgende drie deelonderwerpen uiteengezet:

- a. De voorbereiding van de patiënt en zijn mantelzorg op het ontslag uit het ziekenhuis;
- b. De aansluiting van de verpleegkundige verzorging in de tijd;
- c. De inhoudelijke aansluiting van de verpleegkundige verzorging.

Stap 3: Het vaststellen van standaarden en criteria

De kwaliteit van de nazorg kan worden vastgesteld door de 'werkelijkheid' betreffende de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten af te zetten tegen de 'wenselijkheid' (Donabedian, 1980). Om deze vergelijking te kunnen maken worden in deze studie kwaliteitseisen opgesteld ten aanzien van de zorgverlening. Deze kwaliteitseisen worden vastgelegd in standaarden en deze worden uitgewerkt in criteria. Een standaard is een algemene uitspraak waaraan een handeling moet voldoen. Een criterium is een beschrijvend element van een standaard. Een standaard wordt meetbaar door het gebruik van een criterium (Giebing, 1987).

Uitgaande van de driedeling van Donabedian (1980), 'structuur', 'resultaat' en 'proces', kunnen criteria in een drietal gebieden worden benoemd. Vanwege problemen en bezwaren die in deze studie kleven aan een structuur- en resultaatbenadering van de kwaliteitsmeting (Kersten e.a., 1989, p. 46), is gekozen voor het vaststellen van de kwaliteit van het zorgproces: hoe brengen betrokken verpleegkundigen de overdracht van nazorgpatiënten van het ziekenhuis naar de 'wijk' ten uitvoer.

Wright (1984) geeft aan dat voor het vaststellen van standaarden en criteria het best uitgegaan kan worden van relevante literatuur en van ervaring van experts. In de huidige studie is van beide bronnen gebruik gemaakt bij het formuleren van standaarden en criteria. De gevolgde procedure is elders (Kersten e.a., 1989, p. 47-48) gedetailleerd beschreven. Het belangrijkste element is een consensus-conferentie geweest met vijf ter zake deskundige functionarissen ('experts'). Deze groep experts bestond uit een stafmedewerker 'conti-

nuit van zorg' van een kruisvereniging, een hoofd-wijkverpleegkundige, een districtsverpleegkundige 'CARA' van een kruisvereniging, een hoofdverpleegkundige van een algemeen ziekenhuis en een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging. Met deze samenstelling werd beoogd alle invalshoeken (patiënt, ziekenhuis, wijkverpleging in het algemeen en ten aanzien van speciale patiëntencategorieën in het bijzonder) in het geheel te betrekken.

Met de genoemde groep werd overeenstemming bereikt over de standaarden en criteria, zoals deze verderop worden gepresenteerd. Daarbij werd vastgesteld dat de kwaliteitsmeting op basis van de gekozen standaarden en criteria niet kan leiden tot één oordeel over de kwaliteit van de overdrachten van de verpleegkundige zorg als geheel. Op voorhand is namelijk niet duidelijk hoe de drie deelaspecten zich tot elkaar verhouden in dit oordeel. De aanpak leidt dus tot drie maten, één voor elk van de deelaspecten. Verder geldt dat de opgestelde criteria minimale criteria zijn. Dat wil zeggen dat de handeling tenminste de minimale normering (die in het criterium beschreven wordt) moet halen wil het aan het criterium voor kwaliteit voldoen.

De vastgestelde standaarden en criteria

In figuur 2 is een overzicht aan te treffen van de vastgestelde standaarden en criteria. We volstaan met een korte toelichting van de achtergronden per deelaspect.

Vorbereiding op ontslag:

De patiënt en diens mantelzorg kunnen bij een goede overdracht van zorg met minimale onzekerheden over de hulpbehoefte en verzorging van de patiënt in de thuissituatie het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis tegemoet zien. De patiënt en diens mantelzorg moeten daarom in het ziekenhuis zijn voorgelicht bijvoorbeeld over wat voor verzorging de patiënt thuis van anderen nodig heeft en wie deze verzorging op zich zal nemen. Patiënten dienen daarbij te weten dat de personen door wie de patiënt in de thuissituatie verzorgd moet worden, hierover zijn ingelicht.

Aansluiting in de tijd:

Een goede aansluiting in de tijd vindt plaats, wanneer

Standaard V.1.: Met de patiënt en mantelzorg wordt geïnventariseerd, welke hulpbehoefte de patiënt heeft na ontslag uit het ziekenhuis.
 Criterium V.1.1.: De hulpbehoefte van de patiënt (op lichamelijk-hygiënisch, verpleegtechnisch, of psychosociaal gebied, de behoefte aan GVO of aan hulpmiddelen) moet bij alle patiënten voor ontslag geïnventariseerd zijn en met de patiënt en mantelzorg doorgeproken zijn.
 Standaard V.2.: Over het tijdstip van ontslag moet tijdig met de patiënt overlegd zijn.
 Criterium V.2.1.: Uiterlijk 48 uur voor ontslag* moet met de patiënt en mantelzorg overlegd zijn over het tijdstip van ontslag.
 Standaard V.3.: De patiënt en mantelzorg moeten door de ziekenhuisverpleging tijdig worden ingelicht over de wijze waarop de wijkverpleging kan inspelen op de hulpbehoefte van de patiënt. Aan patiënten die kort voor de ziekenhuisopname in zorg zijn geweest bij de wijkverpleging hoeft niet persé voorlichting gegeven te worden, maar er moet wel tijdig gecheckt zijn

of de patiënt en mantelzorg van de mogelijkheden van wijkverpleging op de hoogte zijn.
 Criterium V.3.1.: Voordat de patiënt ontslagen wordt moeten de patiënt en mantelzorg op de hoogte zijn van de volgende zaken, mits dit van belang is voor de situatie van de betreffende patiënt:
 - Hoe de wijkverpleegkundige kan inspelen op de zorgbehoefte van de patiënt (wat kan de wijkverpleegkundige doen in het geval van deze patiënt).
 - Dat de wijkverpleging in geval van nood ook 's avonds of 's nachts bereikbaar is.
 - Dat de wijkverpleegkundige geen continue verzorging kan geven, maar wel een aantal malen per dag langs kan komen.
 - Dat de kruisvereniging een uitleenmagazijn heeft, waar krukken, po's, anti-decubitusmateriaal enz. geleend kunnen worden.
 - Dat om gebruik te kunnen maken van de diensten van de wijkverpleging het lidmaatschap van de kruisvereniging verplicht is.

Standaard V.4.: Met de patiënt of mantelzorg moet tijdig zijn gesproken over inschakeling van de wijkverpleging.
 Criterium V.4.1.: Met de patiënt of mantelzorg moet uiterlijk 48 uur voor ontslag* zijn afgewogen of de wijkverpleging ingeschakeld zal worden.
 Standaard V.5.: Er moet bij de patiënt en mantelzorg duidelijkheid bestaan over de inschakeling van de wijkverpleging.
 Criterium V.5.1.: Bij de patiënt en mantelzorg moet voor ontslag bekend zijn of de wijkverpleging is ingeschakeld.
 Standaard V.6.: In het ziekenhuis worden, indien nodig, aan de patiënt en mantelzorg instructies gegeven over voeding, medicatie en (ADL) trainingen.
 Criterium V.6.1.: Als de patiënt een dieet heeft, wordt hem bij ontslag uit het ziekenhuis een dieetlijst meegegeven.
 Criterium V.6.2.: Aan de patiënt en mantelzorg moet in het ziekenhuis zijn verteld, welke medicijnen de patiënt en op welk tijdstip en in welke hoeveelheid moet innemen.

Figuur 2. Standaarden en criteria met betrekking tot de voorbereiding op het ontslag ('V'), aansluiting in de tijd ('T'), en inhoudelijke aansluiting ('I').

er uiteraard zo min mogelijk tijd verstrijkt tussen de laatste verpleegkundige handeling in het ziekenhuis en de eerste verpleegkundige handeling in de thuissituatie. Om dit te kunnen bewerkstelligen moet het intake-gesprek van de wijkverpleegkundige tijdig plaatsvinden. Naast het verrichten van verpleegkundige activiteiten kan ook het gebruik van verpleegkundige (of medische) hulpmiddelen een belangrijk onderdeel zijn van de verpleegkundige verzorging. In dit geval is het belangrijk dat deze hulpmiddelen aanwezig zijn.

Inhoudelijke aansluiting:

Met de inhoudelijke aansluiting van de verpleegkundige verzorging bedoelen we dat het verpleegkundige

verzorgingsproces dat in het ziekenhuis gestart is, als dat nodig is in de thuissituatie voortgezet wordt. Anders gezegd, het verpleegkundig proces mag niet onderbroken worden. We vergelijken dus de zorg die door de ziekenhuisverpleging geboden werd met de zorg die door de wijkverpleging aan de patiënt geboden wordt. In onderling overleg kan de wijkverpleging daarbij wel (een deel van) de taken overlaten aan andere professionele hulpverleners (bijvoorbeeld de gezinszorg en huisarts) of aan de mantelzorg.

Beschrijving van aspecten van de verpleegkundige overdracht en de kwaliteit daarvan

Methode

Er is in hoofdzaak gebruik gemaakt van informatie die verstrekt is door nazorgpatiënten. 378 nazorgpatiënten

criterium V.6.3.: Indien de patiënt volgens een mobilisatieschema getraind wordt of bepaalde oefeningen moet doen, wordt de informatie hierover op schrift aan de patiënt mee naar huis gegeven.

Standaard V.7.: Wanneer de patiënt thuis verband, medicijnen (hieronder worden ook insulinespuiten gerekend) of verpleegartikelen nodig heeft, moeten er door de ziekenhuisverpleging op tijd maatregelen getroffen worden opdat deze hulpmiddelen tijdig in huis gehaald kunnen worden.

Criterium V.7.1.: *Mogelijkheid 1:* Wanneer de patiënt verbandmateriaal of medicijnen nodig heeft, moet aan de mantelzorg uiterlijk 48 uur voor ontslag een recept meegegeven worden, opdat zij het verbandmateriaal in huis kunnen hebben wanneer de patiënt thuiskomt. *Mogelijkheid 2:* Indien niet (tijdig) een recept is meegegeven aan de mantelzorg, moet de ziekenhuisverpleging aan de patiënt zowel een recept voor verbandmateriaal of medicijnen als voor minimaal 2 dagen ver-

bandmateriaal of medicijnen meegeven bij ontslag.

Criterium V.7.2.: Wanneer de patiënt thuis verpleegartikelen nodig heeft (en de patiënt heeft deze artikelen niet zelf in bezit) dan moet de ziekenhuisverpleging de mantelzorg uiterlijk 48 uur voor ontslag benaderen om dit bij het kruiswerk te lenen.

Standaard T.1.: Het intake-gesprek van de wijkverpleegkundige moet tijdig plaatsvinden.

Criterium T.1.1.: Het eerste bezoek (intake-gesprek) van de wijkverpleegkundige aan de patiënt moet uiterlijk 1 dag na ontslag plaatsvinden.

Standaard T.2.: Als de patiënt thuis 'hulpmiddelen' nodig heeft, moeten deze daar tijdig aanwezig zijn. **

Criterium T.2.1., T.2.2., T.2.3.: Als de patiënt thuis 'hulpmiddelen', verband (T.2.1.), medicijnen (T.2.2.) (hieronder worden ook insulinespuiten gerekend) of verpleegartikelen (T.2.3.) nodig heeft, moeten deze daar bij thuiskomst van de patiënt aanwezig zijn.

Standaard I.1.: De door de ziekenhuisverpleging gevraagde nazorg moet in de thuissituatie door de wijkverpleging of door anderen verleend worden.

Criterium I.1.1.: De door de ziekenhuisverpleging gevraagde nazorg moet altijd door de wijkverpleging of door anderen verleend worden. Ten aanzien van de wijkverpleging is hierbij wel een voorwaarde, namelijk dat deze activiteiten in het takenpakket van de wijkverpleging staan.

* 48 uur voor ontslag is in de praktijk geïnterpreteerd als op de tweede dag voor ontslag.

** Standaard T.2. 'Als de patiënt thuis hulpmiddelen nodig heeft, moeten deze daar tijdig zijn' is een op de aansluiting in de tijd toegespitste tegenhanger van standaard V.7. 'Wanneer de patiënt thuis verband, medicijnen of verpleegartikelen nodig heeft, moeten er door de ziekenhuisverpleging op tijd maatregelen getroffen worden, opdat deze hulpmiddelen tijdig in huis gehaald kunnen worden' die ingaat op de voorbereiding op het ontslag.

van 18 jaar en ouder die gedurende een periode van drie maanden in 1988 voor nazorg zijn overgedragen aan 17 EKO's hebben een schriftelijke enquête ingevuld. Deze 378 patiënten zijn degenen die gerespondeerd hebben op de enquête en ze zijn afkomstig uit een totale groep van 600 nazorgpatiënten, die in de genoemde periode door middel van een overdrachtsformulier door diverse ziekenhuizen voor nazorg zijn aangemeld bij de bewuste EKO's. De patiënten waren ontslagen uit algemene en academische ziekenhuizen. We beschouwen de verkregen informatie over de 378 onderzochte nazorgpatiënten als indicatief voor de hulpverlening die in het algemeen aan Nederlandse nazorgpatiënten van 18 jaar en ouder wordt verstrekt. De diverse daartoe uitgevoerde checks wijzen daarop. (Voor nadere informatie daarover evenals voor informatie over de steekproeftrekking en de

materiaalverzameling verwijzen we naar de methodesectie in het eerste artikel van deze serie. Kersten, T. 1988)

Op één onderdeel (inhoudelijk aansluiting van de nazorg) is niet alleen gebruik gemaakt van informatie uit de schriftelijke enquête, maar ook van gegevens die door de ziekenhuisverpleging op de overdrachtsformulieren van de patiënten zijn verstrekt. Het gaat hier om de beschrijving van de expliciete (dat wil zeggen: als zodanig omschreven) behoefte aan nazorg die de patiënt heeft.

Resultaten

We zullen nu per criterium de gevonden resultaten formuleren. Voor de omschrijving van de criteria verwijzen we naar figuur 2.

aankondiging ontslag	%
op de dag van ontslag	3
1 dag voor ontslag	40
2 dagen voor ontslag	23
3 dagen voor ontslag	13
4 dagen voor ontslag	9
langer dan 4 dagen voor ontslag	12
	100

Tabel 1. Overzicht van tijdstippen waarop aan patiënten in het ziekenhuis hun ontslag wordt meegedeeld (N=372).

Vorbereiding op het ontslag en het verblijf thuis¹

CRITERIUM V.1.1.

Van de geënquêteerde patiënten geeft 67% te kennen dat de hulpbehoefte in boven bedoelde zin aan de orde is gesteld door de ziekenhuisverpleging. Bij de overige 33% is niet aan het criterium voldaan.

CRITERIUM V.2.1.

Voor 57 % van de patiënten geldt dat het ontslagtijdstip op de tweede dag of nog langer voor het feitelijke ontslagtijdstip bekend gemaakt is. Bij deze patiënten is aan het criterium voldaan. 40% wordt één dag voor ontslag geïnformeerd en 3% wordt op de ontslagdag zelf op de hoogte gesteld.

CRITERIUM V.3.1.

In de tabel is eerst aangegeven hoeveel procent van alle ondervraagde patiënten van het hulpaspect op de hoogte is. In de tweede kolom is het percentage patiënten weergegeven op wie het hulpaspect van toepassing is. Dit is gebaseerd op informatie van de patiënten zelf. Bij het eerste en laatste genoemde aspect is dit op 100% gesteld, omdat deze voorwaarden voor alle nazorgpatiënten van belang worden geacht. In de laatste kolom staat het percentage patiënten dat van een aspect op de hoogte is, waarbij gepercenteerd is op het aantal patiënten op wie het aspect van toepassing is. In het criterium gaat het om dit laatste percentage. Gemiddeld over de vijf aspecten blijkt bij 16% van de patiënten niet aan het criterium voldaan.

aspect wijkverpleegkundige hulp	% bekend met aspect op totaal N	% van toepassing op totaal N	% bekend met aspect op N 'van toepassing'
Wist wat voor WV-hulp patiënt thuis zou kunnen verwachten	76	100	76
Wist dat WV in geval van nood 's avonds en 's nachts te bereiken is	43	67	64
Wist dat WV niet hele dag aanwezig kan zijn	56	64	87
Wist dat kruisvereniging uitleenmagazijn heeft	79	81	97
Wist dat men lid moet zijn van de kruisvereniging voor recht op hulp	97	100	97

Tabel 2. Overzicht van de kennis die vóór ontslag aanwezig is bij nazorgpatiënten over verschillende aspecten van de wijkverpleegkundige (WV) hulp (N=351).

De avond- en nachtbereikbaarheid en de concrete hulp die voor een individuele patiënt mogelijk is, blijken relatief het minst bekend bij de nazorgpatiënten. Respectievelijk 36% ($100\% - 64\% = 36\%$) en 24% ($100\% - 76\% = 24\%$) van degenen voor wie die van belang is, blijken niet op de hoogte. 13% van de patiënten die vinden dat bij hen de wijkverpleging de hele dag aanwezig zou moeten kunnen zijn, is voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis niet op de hoogte dat dit niet kan. Het uitleenmagazijn en het verplichte lidmaatschap zijn vrijwel bij iedereen bekend.

	% (excl. weet niet)	
is niet besproken	11	
dag van ontslag	9	
1 dag voor ontslag	26	
2 dagen voor ontslag	14	54
3 dagen voor ontslag	12	
4 dagen voor ontslag	7	
langer dan 4 dagen voor ontslag	21	
weet niet	-	

	100	

Tabel 3. Overzicht van de tijdstippen waarop met patiënt of mantelzorg het inschakelen van de wijkverpleging is afgewogen (N=346).

CRITERIUM V.4.1.

5% van de patiënten zegt niet te weten wanneer met henzelf of met de mantelzorg is gesproken over het inschakelen van de wijkverpleging. Laten we deze personen buiten beschouwing dan is bij 54% van de patiënten aan het criterium voldaan (op de tweede dag of langer voor ontslag). Bij 11% van de patiënten is volgens hun zeggen in het ziekenhuis helemaal niet gesproken over het inschakelen van de wijkverpleging; bij 9% is het op de dag van ontslag zelf gebeurd en bij 26% niet langer dan één dag voor het ontslag.

CRITERIUM V.5.1.

85% van de ondervraagden (N=357) beantwoordt de

vraag over dit criterium positief. 15% zegt voor ontslag niet geweten te hebben dat de wijkverpleging was ingeschakeld.

CRITERIUM V.6.1./V.6.2./V.6.3.

In de tabel is eerst weergegeven bij hoeveel procent van alle ondervraagde nazorgpatiënten aan het criterium is voldaan (inclusief degenen op wie het niet van toepassing is). Daarna is aangegeven op hoeveel procent het criterium van toepassing is (respectievelijk mensen die een dieet hebben, die medicijnen gebruiken, die oefeningen doen). Uit het percentage in de

aspect	% criterium voldaan op totaal N	% 'van toepassing' op totaal N	% criterium voldaan op N 'van toepassing'
dieetlijst	27	40	67
medicijnen	64	76	86
voorlichting			
mobilisatie	14	44	32
schema/ oefeningen			

Tabel 4. Overzicht van het meegeven dieetlijst, voorlichting medicijnen, schriftelijke informatie/oefeningen (N=363).

derde kolom is op te maken bij hoeveel patiënten aan het criterium is voldaan, terwijl het op hen van toepassing is. Daar gaat het dus met name om.

Aan het criterium blijkt het best voldaan ten aanzien van de medicijnvoorlichting (86%) en de dieetlijst (67%). Het mobilisatieschema wordt slechts in 32% van de gevallen meegegeven.

CRITERIUM V.7.1./V.7.2.

In verband met de toetsing van het criterium is in de tabel uitgegaan van de groep die verband, medicijnen of een verpleegartikel 'nieuw' nodig heeft. Dat wil zeggen dat deze zaken thuis niet reeds aanwezig zijn vanwege eerder gebruik. Het criterium is immers toegespitst op de groep nazorgpatiënten die de genoemde zaken nodig hebben.

	verband	medicijnen	verpleegartikelen
a. gebruikt hulpmiddel	43	80	39
b. hulpmiddel 'nieuw' nodig d.w.z. niet meer thuis aanwezig	38	70	28
Gepercenteerd op N onder b. 'recept meegegeven.....'			
- is helemaal niet gebeurd	15	5	23
- dag van ontslag	60	75	28
- 1 dag voor ontslag	15	13	9
- 2 dagen voor ontslag	2	5	10
- 3 of meer dagen voor ontslag	6	2	32
- weet niet	2	0	8
Totaal	100	100	100

Tabel 5. Overzicht tijdstip waarop 'recept' voor verband, medicijnen of verpleegartikelen wordt meegegeven in percentages patiënten (N=376).

Mogelijkheid 1: recept 48 uur voor ontslag. Bij verbandmateriaal blijkt (zie tabel 5) via mogelijkheid 1 bij 8% (2% + 6% = 8%) aan het criterium (uiterlijk op de tweede dag voor ontslag recept meegegeven) voldaan. Bij medicijnen is dat 7% (5% + 2% = 7%). Bij de verpleegartikelen is er alleen sprake van mogelijkheid 1 en daaraan wordt in 42% van de gevallen voldaan. Daar staat tegenover dat met 23% van de patiënten die het aangaat, in het ziekenhuis voorafgaand aan het ontslag zelfs in het geheel niet over het lenen van verpleegartikelen wordt gesproken.

Mogelijkheid 2: verbandmateriaal/medicijnen meegegeven bij ontslag. Bij 90% (60% 'dag van ontslag' + 15% 'één dag voor ontslag' + 15% 'is helemaal niet gebeurd') blijkt ten aanzien van verbandmateriaal niet aan het criterium voldaan via mogelijkheid 1 (zie tabel 5). Voor 8% is dit - zoals gezegd - wel het geval. Dit laatste percentage stijgt tot 69% als we mogelijkheid 2 'het meegeven van verband bij ontslag' meerekenen. Bij 31% blijkt niet aan het criterium voldaan. Bij medicijnen wordt in 93% van de gevallen (75% 'dag van ontslag' + 13% '1 dag voor ontslag' + 5% 'is helemaal niet gebeurd') niet via mogelijkheid 1 aan het

criterium voldaan (zie tabel 5). Bij 7% is dit - zoals gezegd - wel het geval. Hier stijgt het percentage patiënten waar aan het criterium is voldaan tot 62% als we mogelijkheid 2 'het meegeven van medicijnen bij ontslag' meerekenen. Bij 38% blijkt niet aan het criterium voldaan.

Het meegeven van verband of medicijnen blijkt dus een belangrijke manier om de patiënt de eerste dagen na ontslag te blijven helpen.

Aansluiting in de tijd

CRITERIUM T.1.1.

Bij 67% van de patiënten is aan het criterium voldaan: de wijkverpleegkundige komt uiterlijk één dag na ontslag voor het eerst langs. Voor de overige 33% duurt het langer; bij 8% langer dan een week.

De 'daadwerkelijke' hulpverlening komt wat later op gang vergeleken met het moment waarop het 'intake-gesprek' gehouden wordt (vergelijk de cumulatieve percentages). Eén dag na het ontslag is de hulpverlening bij 57% van de nazorgpatiënten gestart, terwijl de wijkverpleging dan reeds bij 67% een eerste bezoek heeft gebracht. Bij ten minste 10% valt de intake dus niet samen met de start van de 'daadwerkelijke' hulp-

verlening. In dit geval verstaan we daar het intake-gesprek dus niet onder. Overigens zij vermeld dat over het tijdstip waarop de daadwerkelijke hulpverlening dient te starten geen criterium is opgenomen.

CRITERIUM T.2.1./T.2.2./T.2.3.

Voor verband is bij 43% van de patiënten die verband gebruiken aan het criterium 'aanwezigheid bij thuiskomst' voldaan. Voor medicijnen ligt dit percentage op 51% en voor verpleegartikelen op 73%. Op de tweede dag na ontslag of enkele dagen later arriveren de verbandmiddelen alsnog bij 14%, de medicijnen bij 8% en de verpleegartikelen bij 15%.

Inhoudelijke aansluiting van de zorg

CRITERIUM I.1.1.1.

We beschikken over informatie over de door het ziekenhuis aangevraagde nazorg via de overdrachtsformulieren. De verleende nazorg is bekend via de door de patiënt ingevulde schriftelijke enquête. Daar is onderscheid gemaakt tussen nazorg verleend door de mantelzorg, wijkverpleging, gezinszorg en huisarts. Voor een overzicht van de aard van zowel 'gevraagde' als 'geboden' nazorg zij verwezen naar Kersten e.a., 1989 (hoofdstuk 1). Hier wordt nagegaan of daadwerkelijk door één van de genoemde hulpverleners (ongeacht wie) hulp geboden is, als daar expliciet om gevraagd is op het overdrachtsformulier. De patiënt is gevraagd op-gave te doen van de geboden hulp naar de situatie zoals die is 'in de eerste dagen na uw ontslag uit het ziekenhuis'.

tijdstip eerste bezoek	eerste bezoek		start hulp	
	%	% cum.	%	% cum.
dag van ontslag	35	35	24	24
1 dag na ontslag	32	67	33	57
2 dagen na ontslag	12	79	15	72
3 dagen na ontslag	4	83	4	76
4 dagen na ontslag	3	86	4	80
5 dagen na ontslag	3	89	2	82
6 dagen na ontslag	1	90	3	85
7 dagen na ontslag	2	92	3	88
langer dan 7 dagen na ontslag	8	100	12	100

Tabel 6. Overzicht tijdsverloop tussen ontslagtijdstip en eerste bezoek van de wijkverpleegkundige. Tevens is weergegeven tijdsduur tussen ontslagtijdstip

hulpmiddel	dat hulpmiddel gebruikt	gepercenteerd over de groep die hulpmiddelen nodig heeft			
		ja, was aanwezig bij thuiskomst	ja, was aanwezig in de loop van de 1ste dag	was aanwezig op de 2de dag of later	totaal
verband	43	43	43	14	100
medicijnen	80	51	41	8	100
verpleegartikelen	39	73	12	15	100

Tabel 7. Overzicht van het tijdsverloop tussen het moment van ontslag en beschikbaarheid van hulpmiddelen (N=375).

De omschrijving van de hulpvraag op de formulieren correspondeert overigens niet in alle gevallen met de aanduiding van de ontvangen nazorg in de enquête. We beperken ons tot die zorgitems waar dit wel het geval is en dat zijn in de praktijk de meeste. Soms (viermaal) zijn enkele afzonderlijke items samen genomen om tot corresponderende categorieën te komen.

zorgitem	N*	patiënten voor wie expliciete hulpvraag voor betreffende items is vermeld		
		% niet aan hulpvraag voldaan	% wel aan hulpvraag voldaan	% totaal
wondverzorging	85	22	78	100
wassen/aankleden**	56	12	88	100
psychosociale begeleiding patiënt/omgeving**	42	2	98	100
stoma ontlasting/urine**	23	11	89	100
medicijnen toedienen***	23	74	26	100
decubitus	19	25	75	100
injecties (incl. insuline)**	19	26	74	100
begeleiding bij medicijngebruik	18	56	44	100
begeleiding bij naar toilet gaan	12	42	58	100
begeleiding bij ADL	10	50	50	100
begeleiding bij gebruik prothese/andere hulpmiddelen/verpleegartikelen	3	0	100	100

* N is exclusief patiënten die in de enquête de vraag hebben overgeslagen. Dit komt overigens vrij zelden voor, variërend tussen 1 en 12 patiënten bij de items: psychosociale begeleiding patiënt/omgeving (4), begeleiding medicijngebruik (12), begeleiding bij gebruik prothese etc. (1) en begeleiding bij ADL (11).

** Zorgitem als vermeld is samengesteld uit twee of meer gedetailleerde zorgitems.

*** Aan criterium is ook voldaan als volgens opgave van de patiënt medicijnen worden klaargezet in plaats van toegediend.

Tabel 8. Overzicht van de mate waarin daadwerkelijke nazorg is geboden op zorgitems waarvoor nazorg is gevraagd.

In tabel 8 is het meest interessant, de kolom 'niet aan hulpvraag voldaan' bij patiënten voor wie een expliciete hulpvraag ten aanzien van het betreffende zorgitem is vermeld op het overdrachtsformulier (kolom 2).

Dit percentage drukt per item uit in welke mate *niet* aan het gestelde criterium is voldaan. 'Niet aan het criterium voldoen' betekent overigens niet meer of minder dan dat de patiënt van professionele hulpverleners

of de mantelzorg² op het betreffende item in de eerste dagen na ontslag geen hulp heeft gehad. In het midden blijft of de patiënt zelf vindt dat zij/hij de betreffende hulp nodig heeft. Ook weten we niet of de hulp 'objectief gezien' na thuiskomst (nog) nodig is.

Met de bovenstaande kanttekening in het achterhoofd constateren we op basis van de tabel dat het verzoek om medicijnen toe te dienen relatief vaak (74%) niet (door professionele hulpverleners of mantelzorg) wordt ingelost. Dat zelfde geldt voor expliciet gevraagde begeleiding bij het gebruik van de medicijnen. Deze wordt volgens opgave van de patiënt in ruim de helft van de gevallen (56%) door de wijkverpleging gegeven. Ook de gevraagde hulp bij wondverzorging en decubitus (door professionele hulpverleners of mantelzorg) komt volgens opgave van de patiënt in respectievelijk 22% en 25% van de gevallen de eerste dagen niet op gang. Andere aandachtspunten zijn de gevraagde begeleiding (door de wijkverpleging) bij ADL-activiteiten en naar het toilet gaan, hoewel de kleine aantallen patiënten hier nauwelijks generalisaties toelaten. In positieve zin springt met name de psychosociale begeleiding van de patiënt en zijn omgeving eruit. Dat gebeurt vrijwel altijd (98% van de gevallen).

Overall-maten voor aspecten van kwaliteit

Boven is een gedetailleerde beschrijving gegeven van het verloop van de overdracht van de verpleegkundige

zorg bij nazorgpatiënten en van de kwaliteit van de diverse aspecten hiervan afgemeten aan de geformuleerde criteria. Daarnaast is echter een doel om te komen tot drie overall-maten voor de drie aspecten die aan de kwaliteit van de nazorg onderscheiden zijn: voorbereiding op ontslag, aansluiting in de tijd en inhoudelijke aansluiting. Dit is als volgt gerealiseerd. Per nazorgpatiënt is per aspect van de kwaliteit geteld hoeveel criteria op de betreffende patiënt van toepassing zijn (en waarover de patiënt in de enquête informatie verschaft). Vervolgens is vastgesteld hoeveel van deze criteria voor deze patiënt 'gehaald' zijn. Dit percentage nemen we nu als maat voor de kwaliteit van de nazorg op het betreffende aspect. In tabel 9 presenteren we een overzicht van de aldus geconstrueerde maten op de drie onderscheiden aspecten.

De verdelingen van de scores op de maten voor elk van de drie aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht kunnen niet zonder meer vergeleken worden, omdat het aantal criteria waarop ze betrekking hebben onderling verschilt. Bij voorbereiding op ontslag gaat het om maximaal tien criteria, bij aansluiting in de tijd om maximaal vier en bij de inhoudelijke aansluiting betreft het maximaal elf criteria. Volgens de interpretatie van de kwaliteitsscores die boven is vermeld, blijkt dat de onderzochte groep nazorgpatiënten gemiddeld 65% van de criteria haalt die betrekking hebben op de voorbereiding op het ontslag, 58% van de criteria in

verband met de aansluiting in de tijd, en 75% van de criteria in verband met de inhoudelijke aansluiting.

Om de scores op de drie aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht te valideren is de onderzochte groep nazorgpatiënten ook rechtstreeks gevraagd naar hun tevredenheid over de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting. Desgevraagd blijkt 65% 'zeer tevreden' over de voorbereiding op ontslag (de overige 35% scoort lager, respectievelijk 19% is 'tevreden', 8% 'niet tevreden maar ook niet ontevreden', 4% 'tamelijk ontevreden' en 4% 'zeer ontevreden'). 91% vindt dat

score	percentage per score-categorie		
	voorbereiding op ontslag N=377	aansluiting in de tijd N=377	inhoudelijke aansluiting N=227*
0 - 5	0	17	22
6 - 15	1	0	0
16 - 25	2	1	0
26 - 35	5	8	1
36 - 45	11	0	0
46 - 55	12	28	4
56 - 65	19	0	0
66 - 75	17	15	3
76 - 85	13	3	0
86 - 95	12	0	0
96 - 100	8	28	70
totaal	100%	100%	100%
gemiddelde score	65	58	75
standaard deviatie	21	35	41

* Patiënten voor wie geen expliciete hulpvraag is gesteld op het overdrachtsformulier ten aanzien van de items die in de score zijn meegenomen vallen hier uit.

Tabel 9. Overzicht van de percentuele verdelingen op de totaalscores voor de kwaliteit van respectievelijk de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting.

de wijkverpleging 'tijdig genoeg' gestart is met de hulpverlening; de overige 9% vindt dit niet. 95% is van mening dat 'voldoende' verzorging van wijkverpleging, gezinszorg en mantelzorg verkregen is na ontslag; 4% geeft aan 'te weinig' zorg te hebben gehad en 1% maakt melding van 'te veel' zorg. Over de hele linie is men dus tevreden tot zeer tevreden over de verpleegkundige overdracht.

Via Pearson-correlaties is de samenhang bestudeerd tussen de hierboven besproken indicaties voor de tevredenheid van de patiënten en hun scores op de drie maten voor elk van de aspecten van de kwaliteit van de overdracht. Alleen de tevredenheid over de voorbereiding op het ontslag blijkt significant te correleren met de kwaliteitsscore ($r=+.26$, $p.001$). Hoe hoger de kwaliteitsscore des te vaker men aangeeft 'zeer tevreden' te zijn over de voorbereiding op het ontslag³.

Er blijkt geen significant verband te bestaan tussen de dag van de week waarop men ontslagen is (maandag, dinsdag, woensdag, donderdag, etc.) en de scores op elk van de drie onderscheiden kwaliteitsscores. Er zijn dus geen aanwijzingen dat bij zogeheten 'weekend-ontslagen' de verpleegkundige overdracht van nazorgpatiënten moeizamer verloopt.

Globaal gesproken zou men kunnen veronderstellen dat patiënten die voorafgaand aan de ziekenhuisopname ook reeds in zorg waren bij de wijkverpleging, hogere kwaliteitsscores halen dan 'nieuwe' nazorgpatiënten. Deze 'bekende' patiënten zijn immers vertrouwd met de wijkverpleging en omgekeerd kent de wijkverpleging de situatie van deze patiënten. 'Bekende' patiënten zijn daardoor beter op de hoogte van de mogelijkheden van de wijkverpleging, waardoor ze makkelijker zijn voor te bereiden op het ontslag. Voor de aansluiting in de tijd is het verschil tussen 'bekende' en 'nieuwe' patiënten wat onduidelijker. Beide groepen zijn afhankelijk van een tijdige aanmelding van ontslag bij de wijkverpleging door de ziekenhuisverpleging, dus in dat opzicht is er geen verschil. Maar misschien kan de wijkverpleging de hulp bij 'bekende' patiënten wel sneller starten, omdat ze preciezer weten op welke situatie ze moeten inspelen. Wat betreft de

inhoudelijke aansluiting is een eventueel verschil ook wat moeilijker te voorspellen, omdat onduidelijk is in welke mate de ziekenhuisbehandeling van de patiënt tot nieuwe verplegingsbehoeften heeft geleid ten opzichte van de situatie voor opname die de wijkverpleging kende.

Toetsing van de bovengenoemde verwachtingen door middel van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven laat verschillen tussen de 'bekende' en 'nieuwe' nazorgpatiënten zien, die in de richting gaan van de verwachtingen. Alleen de scores voor de kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag blijken significant te verschillen ($t=1.85$; $df=57.6$; p eenzijdig, $.05$). 'Bekende' nazorgpatiënten halen een gemiddelde score van 6.6, terwijl 'nieuwe' nazorgpatiënten op 5.6 uitkomen. Wat betreft de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting zijn verschillen niet significant.

Tussen de kwaliteitsscores onderling vinden we slechts enkele zwakke correlaties. Er is een zwakke negatieve correlatie tussen de scores op de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting (Pearson $r=-.18$, $p.01$): hoe beter de aansluiting in de tijd, hoe vaker het voorkomt dat in de eerste dagen na ontslag op onderdelen geen zorg verleend wordt terwijl daar in het overdrachtsformulier expliciet om gevraagd is. De interpretatie kan alleen maar speculatief zijn, maar mogelijk kan de samenhang als volgt verklaard worden. Benodigde medicijnen moeten volgens het criterium aanwezig zijn bij thuiskomst van de patiënt. Heeft een patiënt thuis nog medicijnen in voorraad, dan is aan het criterium voldaan. Juist bij deze patiënten kan men verwachten dat ze al voor de wijkverpleging begeleiding kan bieden bij het innemen van de medicijnen (of ze daadwerkelijk kan toedienen), al met het gebruik gestart zijn. En het is juist de begeleiding bij het innemen van medicijnen waar vaak niet aan de criteria voor inhoudelijke aansluiting is voldaan.

Een zwak positieve correlatie wordt verder geconstateerd tussen de kwaliteitsscore voor voorbereiding op het ontslag en de aansluiting in de tijd (Pearson $r=+.15$, $p.01$): hoe beter de voorbereiding op het ontslag, des te beter de aansluiting in de tijd. De interpretatie zou ver-

band kunnen houden met het meegeven van recepten voor medicijnen en verbandmateriaal. Als dit tijdig gebeurt (een goede voorbereiding op ontslag), zullen de medicijnen vaker bij thuiskomst aanwezig zijn (een correcte aansluiting in de tijd).

Discussie

De standaarden en criteria zijn geformuleerd met de medewerking uit het veld van een beperkt aantal deskundigen. Men kan zich afvragen, in hoeverre deze omschrijvingen van het 'wenselijke' verloop van het nazorgproces in brede kring worden gedeeld. We beschouwen deze kanttekening als een aandachtspunt voor vervolgonderzoek. Van belang is vooral dat met het formuleren van standaarden en criteria een start is gemaakt. Hetzelfde geldt voor het vaststellen van de validiteit van de ontwikkelde totaalscores voor de drie onderscheiden aspecten van de kwaliteit van de overdracht. Alleen ten aanzien van de score voor de kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag werd een samenhang geconstateerd met de direct gemeten tevredenheid van patiënten met deze voorbereiding. Voor de beide andere aspecten, inhoudelijke aansluiting en aansluiting in de tijd, worden dergelijke verbanden niet geconstateerd. Dit lijkt echter in de eerste plaats toe te schrijven aan het feit dat volgens de gehanteerde methode van directe meting van de tevredenheid het overgrote deel van de patiënten tevreden is gebleken. In verband met de validiteit is hier verder van belang, dat een veronderstelde hogere kwaliteit van de voorbereiding op het ontslag bij 'bekende nazorgpatiënten' (patiënten die voorafgaande aan de opname ook al in zorg waren van de wijkverpleging) ten opzichte van 'nieuwe' nazorgpatiënten ook daadwerkelijk werd gevonden.

Er is gekozen voor het vaststellen van kwaliteit van de nazorg op basis van informatie afkomstig van nazorgpatiënten (en in mindere mate van de ziekenhuisverpleging via de overdrachtsformulieren). De consequentie is dat we de voorbereiding op het ontslag het

meest gedetailleerd hebben kunnen belichten. Zowel bij de aansluiting in de tijd als bij de inhoudelijke aansluiting gaat het ook om zaken die zich afspelen buiten de waarneming van de patiënt in de communicatie tussen wijk- en ziekenhuisverpleging. Te denken valt aan het tijdig inlichten van de wijkverpleging door de ziekenhuisverpleging over het ontslag van de patiënt en over de thuis benodigde hulp en eventuele daarbij benodigde bijzondere hulpmiddelen. Gevolg van onze keuze voor de patiënt als belangrijkste informatiebron is dat de communicatie (inclusief eventuele 'miscommunicatie') tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging wat buiten beeld is gebleven. Voor een deel is dit ondervangen door in het onderhavige onderzoek ook informatie rechtstreeks afkomstig van wijkverpleging en ziekenhuisverpleging in het onderzoek te betrekken (Kersten e.a., 1989, hoofdstuk 3). Bovendien kan ter relativering van het bovenstaande worden gesteld dat het uiteindelijk gaat om hetgeen de patiënt van de zorg waarneemt en minder om de processen die zich afspelen tussen hulpverleners. Met andere woorden: als in de waarneming van de patiënt de wijkverpleegkundige hulp thuis tijdig start en als de juiste hulp geboden kan worden, zijn wijk- en ziekenhuisverpleging blijkbaar in staat geweest eventuele moeilijkheden rond het ontslag te overwinnen.

Uit de gevonden resultaten blijkt dat voor alle drie aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht verbeteringen gewenst zijn. We gaan ervan uit dat de betrokken beroepsgroepen zelf het beste in staat zijn aan de gevonden resultaten consequenties te verbinden. Een suggestie voor de ziekenhuisverpleging is om de voorbereiding op het ontslag van de patiënt gedetailleerd in het verpleegplan op te nemen. Uiteraard is daarbij de medewerking van de specialisten nodig, omdat zij voor de beslissing tot ontslag verantwoordelijk zijn. Een routine-matige aanpak zal hen wellicht ook stimuleren om tijdig vooruit te kijken naar het moment van ontslag. Dat is tevens van groot belang voor het op tijd aankondigen van het ontslag bij de wijkverpleging, hetgeen de aansluiting in de tijd ten goede zal komen.

Ten aanzien van de resultaten in verband met de inhoudelijke aansluiting van de zorg geldt de kanttekening dat we op grond van de gevolgde onderzoeksmethode niet exact weten wat er bij een patiënt aan de hand is geweest, als door de ziekenhuisverpleging gevraagde hulp niet geboden is. Toch zijn de gesignaleerde knelpunten, met name rond het medicijngebruik, ons inziens van belang. Het is immers goed voorstelbaar dat een gebrek aan hulp bij het toedienen van medicijnen of ontbrekende begeleiding bij het medicijngebruik nooit wordt opgemerkt, terwijl de schade voor de patiënt evident is.

Noten

1. De voorbereiding van de patiënt op het ontslag wordt in de standaarden en criteria impliciet behandeld als een zaak van de ziekenhuisverpleging. Toch kan de wijkverpleging hier ook aan bijdragen, met name doordat de wijkverpleegkundige de patiënt voorafgaand aan het ontslag in het ziekenhuis bezoekt. Uit de enquête blijkt dat dit bij 12% van de patiënten daadwerkelijk gebeurt. Het betreft voor het merendeel (8% op het totaal) patiënten die voorafgaand aan de opname ook al in zorg waren bij de wijkverpleging en bij wie de wijkverpleging - in de beleving van de patiënt - 'eens komt kijken hoe het gaat'. Ook komt de wijkverpleegkundige wel om bepaalde oefeningen te doen (2%) of om kennis te maken (2%).
2. Waar het om de begeleiding van de patiënt gaat, is bij de toetsing van de criteria gekeken of de wijkverpleging hulp heeft geboden. Andere hulpverleners en met name de mantelzorg zijn hier buiten beschouwing gelaten, omdat het voor de geënquêteerde patiënt lastig is om onderscheid te maken tussen 'gewone gesprekken' en begeleiding. Op deze wijze gaan we ervan uit dat in het geval dat de ziekenhuisverpleging expliciete hulpvragen heeft gesteld ten aanzien van begeleiding, het een expliciete verantwoordelijkheid is van de wijkverpleging om hieraan te voldoen.
3. Er is overigens geen enkele samenhang geconstateerd tussen de geuite tevredenheid over de voorbereiding op het ontslag, de aansluiting in de tijd en de inhoudelijke aansluiting enerzijds en het tijdsverloop tussen het moment waarop de enquête wordt ingevuld en het ontslagtijdstip anderzijds. Dit komt overeen met de bevindingen van Visser (1983).

Literatuur

- Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1 'the definition of quality and approaches to its assessment'*. Michigan, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.
- Giebing, H. *Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen*. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en de Does BV, 1987.
- Hollands, L., B. van Bergen. 'Kwaliteitsbewaking in de verpleging'. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg*, 13, 2, 1985, p. 9 - 12.
- Hollands, L., B. van Bergen. 'Kwaliteitsmeting nog gebrekig van kwaliteit'. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg*, 15, 11, 1987, p. 12 - 14.
- Kersten, T.J.J.M.T., T.A. Wieggers, A.C.M. de Wit, W.C.M. Zijlmans. *Georganiseerde nazorg in Nederland (deel 3): hoe functioneert de door het kruiswerk georganiseerde nazorg?* Utrecht, NIVEL, 1989.
- Mastbergen-van Wensveen, W. *Basis/Buurtgebonden Toetsing*. Scriptie in het kader van de Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg, studierichting: Beroepsinnovatie. Leusden, 1986.
- Nationale Kruisvereniging. *Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1985.
- Nationale Kruisvereniging. *Kwaliteitsbewaking in de verpleging*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1986.
- Nationale Ziekenhuisraad en Nationale Kruisvereniging. *Aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit in de verpleegkundige zorg*. Nationale ziekenhuisraad en Nationale Kruisvereniging, 1978.
- Peet, R. van der. *Verpleegkunde III; de gezondheid van de mens*. Lochem-Gent, De Tijdstroom, 1986.
- Schmitz, L. *Continuïteit in de praktijk; discussienota over afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis*. Amsterdam, De Bevrijding, 1985.
- Shortell, S.M. 'Continuity of medical care: conceptualization and measurement'. *Medical Care*, 14, 1976, p. 377 - 391.
- Visser, A.Ph. 'De satisfactie van ziekenhuispatiënten: ontwikkeling en betekenis van een meetinstrument'. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 61, 20, 1983, p. 720 - 732.
- Zijlmans, W.C.M., T.J.J.M.T. Kersten. *Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met de ziekenhuizen de nazorg georganiseerd?* Utrecht, NIVEL, 1989.